

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 79.

DU

TOUCHER INTRA-UTÉRIN

DANS LE CAS DE FIBROMES

Indications qu'il fournit pour le choix et l'application
d'un procédé opératoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MALLET

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX CIVILS DE LYON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saumur (Maine-et-Loire), le 7 mars 1881.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

DU
TOUCHER INTRA-UTÉRIN
DANS LE CAS DE FIBROMES

Indications qu'il fournit pour le choix et l'application
d'un procédé opératoire.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 79.

DU
TOUCHER INTRA-UTÉRIN
DANS LE CAS DE FIBROMES

Indications qu'il fournit pour le choix et l'application
d'un procédé opératoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MALLET

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX CIVILS DE LYON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Saumur (Maine-et-Loire), le 7 mars 1881.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		X.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique.	DURAND, —

AGRÉGÉS

MM. ROUX.	MM. SIRAUD.	MM. BÉRARD.	MM. VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBU.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. POLLOSSON, Président ; A. POLLOSSON, Assesseur ;

MM. CONDAMIN et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A Mon Président de Thèse

M. le Professeur MAURICE POLLOSSON

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
CHIRURGIEN-MAJOR DE L'HÔTEL-DIEU

A M. le Professeur agrégé AUGUSTE POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN-MAJOR DE LA CHARITÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Aux Maîtres des hôpitaux civils qui ont bien voulu, pendant notre séjour à Lyon, nous honorer de leur bienveillance, nous offrons l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance et particulièrement à ceux dont nous avons été l'externe : MM. les professeurs Gayet, Auguste Pollosson, Bondet et J. Courmont.

En suivant l'enseignement clinique de M. le professeur Auguste Pollosson à la clinique gynécologique, nous avons appris à aimer la gynécologie, si captivante par les problèmes de son diagnostic et l'éclat de ses procédés. M. le professeur Auguste Pollosson a bien voulu nous confier le sujet de ce travail. Nous lui serons toujours infiniment reconnaissant de sa grande bonté et de ses précieuses leçons. Nous en conserverons le souvenir, espérant un jour nous montrer digne de notre Maître.

Nous remercions respectueusement M. le professeur Maurice Pollosson, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Quittant avec regret le service de la clinique gynécologique, nous voulons assurer de notre reconnaissance MM. les docteurs Repelin, Quincieu et Jamain qui, pendant deux années, nous ont toujours guidé à la

fois de leurs conseils et de leurs exemples. Ils ont été pour nous des maîtres aimables dont nous nous souviendrons toujours.

Que MM. les docteurs Viannay, prosecteur à la Faculté, et Tolot, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, veuillent bien accepter les remerciements de leur élève très reconnaissant.

Les docteurs Fourcade, Barberousse et Billet seront toujours pour nous les amis chers dont nous aimons les idées larges et la franche allure.

INTRODUCTION

La chirurgie des fibromes a donné lieu à toutes les discussions. Passant par des alternatives sans fin de succès, d'hésitations, de défaites, elle a pourtant continuellement progressé. Mais les progrès qu'elle a faits sont surtout relatifs à la technique des procédés qu'elle a multipliés et qu'elle a réglés minutieusement dans leurs détails — et la question des indications opératoires n'est pas encore univoque. L'utérus fibromateux est toujours la tumeur énigmatique en face de laquelle le même problème se pose toujours : mérite-t-il d'être conservé, délivré de ses productions néoplasiques, ou doit-il être sacrifié en même temps qu'elles ?

Guidés par l'esprit de système les uns déclarent seule rationnelle l'extirpation totale, et font une règle sans exception de l'axiôme de Gusserow : « tout fibrome doit être opéré » ; les autres, plus timorés ou se leurrant de l'espoir trop souvent trompé de conserver avantageusement l'organe des grossesses futures, respectent l'utérus, mais en même temps quelques-unes des tumeurs qu'il contient, faisant ainsi œuvre insuffisante et nullement curatrice. Les uns restent donc en deçà du but, les autres le dépassent. Aucun des deux systèmes n'est raisonnable. Entre la chirurgie mutilante et la chirurgie de trop timides conservateurs il y a place pour une chirurgie-éclectique qui

cherche les indications, mutilante quand il le faut, conservatrice quand elle le peut, essayant de rendre exactement adéquat au mal le traitement qu'elle institue.

Or il n'existe pas de critère absolu d'une bonne opération. Mais on peut espérer faire une œuvre chirurgicale utile et complète si l'on a réussi à faire un diagnostic exact et complet qui seul peut fournir les indications, bases du traitement.

Tandis que l'observation des signes fonctionnels et de l'évolution décide de l'opportunité d'un traitement et fait choisir entre le traitement curatif et le traitement palliatif, l'observation des signes physiques dicte le choix du procédé, mutilant ou conservateur. La connaissance exacte des caractères physiques est encore nécessaire, sinon pour choisir entre les procédés mutilants qui ne sont tous que des variantes du manuel opératoire appliqué à l'extirpation en masse de l'utérus fibromateux, mais du moins pour décider du plus convenable parmi les divers procédés conservateurs.

Existe-t-il un procédé d'exploration qui permette au chirurgien de se faire, dans certains cas, une idée assez précise de l'état de l'utérus fibromateux, du nombre, du volume, de la consistance des tumeurs qu'il contient, et qui permette ainsi de poser avec plus de certitude les indications opératoires ?

CHAPITRE PREMIER

De la nécessité, dans certains cas, de compléter par le toucher intra-utérin les indications fournies par les procédés usuels d'exploration.

Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, est la première manœuvre exploratrice qui doit être pratiquée; il donne les premiers renseignements sur la tumeur; il établit les relations qui existent entre elles et l'utérus. La main abdominale explore la surface séreuse de l'utérus, en apprécie les bosselures et les déformations tandis que le doigt explore les culs-de-sac vaginaux. Mais souvent l'utérus fibromateux n'est même pas bosselé, il est seulement gros et l'exploration vagino-abdominale ne peut faire constater que cette augmentation de volume, sans en faire découvrir la cause. Elle est donc surtout appropriée au diagnostic des fibromes sous-péritonéaux faisant un relief appréciable. Mais l'épaisseur de la paroi utérine, la muqueuse et la cavité restent inexplorées. Le procédé permet de reconnaître que l'utérus est fibromateux; mais il ne donne pas des renseignements suffisants, pourqu'on puisse dire si le fibrome est intra-mural ou sous-muqueux. Les renseignements cliniques sont donc insuffisants. Comment les complètera-t-on ?

Est-ce par l'examen direct de la cavité utérine ? L'hystéroscopie n'a pas fait fortune. Sa technique n'est pas

simple et les renseignements qu'elle donne ne sont relatifs qu'à la muqueuse et à la cavité utérine; ils ne concernent pas l'épaisseur de la paroi.

Le procédé d'exploration idéal est celui qui donnerait des indications à la fois sur la cavité, sur l'épaisseur de la paroi et sur la surface péritonéale de l'utérus.

L'hystérométrie répond-elle davantage à ces conditions? C'est un procédé utile par les renseignements qu'il donne sur la longueur de la cavité utérine et sur sa direction, mais c'est tout. De plus, l'hystéromètre n'est pas sans dangers, il peut produire des perforations utérines quand il est introduit sans prudence, et les notions qu'il donne sont grossières et insuffisantes. Il ne donne qu'une idée absolument incomplète de la forme de la cavité et souvent inexacte, arrêté souvent par les saillies fibromateuses proéminent dans la cavité et qu'il ne peut contourner. On a bien essayé de combiner l'hystérométrie à la palpation abdominale, mais cette pratique est plus dangereuse encore pour l'utérus que l'hystérométrie simple. Si l'on pu quelquefois diagnostiquer ainsi des fibromes interstitiels, c'est à coup sûr qu'ils étaient assez volumineux. Combiné au toucher rectal, l'hystérométrie peut donner des renseignements plus précis, mais qui ne concernent que les fibromes de la paroi postérieure de l'utérus.

L'hystérométrie combinée au toucher vésical nous semble devoir être, d'emblée, rejetée; elle est loin d'être innocente et expose la malade à l'incontinence des urines. Elle aussi ne permet que le diagnostic des fibromes d'une paroi de l'utérus, la paroi antérieure.

Le diagnostic des fibromes ne procède point d'une

autre méthode que le diagnostic des autres lésions gynécologiques. Ce n'est pas à l'instrument aveugle et imparfait qu'il convient de demander des sensations exactes et complètes. Comme toujours en gynécologie, c'est à l'exploration digitale combinée à la palpation qu'il faut recourir. C'est le toucher intra-utérin combiné à la palpation abdominale, au toucher rectal quelquefois, qui nous semble le mieux convenir à donner des notions complètes sur l'utérus fibromateux. Il permet d'explorer à la fois, la cavité, la paroi et la surface extérieure de l'utérus. Les fibromes, même petits, sur quelque face de l'utérus qu'ils siègent, sont aisément reconnus avec leurs caractères de nombre, de volume et de consistance et leurs rapports avec la paroi utérine sont exactement appréciés.

Ce procédé malgré ses avantages est généralement peu employé. Pour beaucoup de chirurgiens c'est un procédé d'exception, usité seulement dans le cas de polype sous-muqueux. Nous pensons qu'il y a intérêt à étendre les indications de ce procédé à des cas où seul il peut donner une base certaine à la thérapeutique rationnelle des fibromes.

C'est en examinant les utérus, enlevés par hystérectomie, qu'on reconnaît souvent, trop tard, malheureusement, en présence de ce qu'on a fait, ce qu'on aurait dû et pu faire. Il y a de ces constatations, après le fait accompli, qui ont l'éloquence triste de certaines nécropsies. Ce qu'on trouve, c'est tantôt un fibrome sous-péritonéal, tantôt un fibrome intra-mural solitaires et faciles à énucléer, tantôt un fibrome sous-muqueux, tumeurs justiciables d'une intervention conservatrice, quelquefois simple et rapide, et suffisante puisque le reste de l'utérus est

sain. Le toucher intra-utérin, fait avant d'entreprendre l'hystérectomie, eût permis de déceler ces tumeurs. Faute de cette manœuvre préliminaire, on a fait une opération sinon plus grave, car les myomectomies, par voie abdominale, sont, au moins, aussi graves que l'hystérectomie, mais du moins fâcheuse pour la malade, puisqu'en la privant d'un organe qu'il eut été facile de ramener à l'intégrité, elle lui fait perdre l'espoir des maternités.

La contre-partie existe d'ailleurs. Il est fréquent de voir une femme ayant subi l'ablation d'un polype et qui semblait, du fait de cette opération, complètement guérie, se représenter quelques mois ou quelques années plus tard, avec tous les symptômes de nouveaux fibromes. On a parlé, pour expliquer ces cas, de récurrence fibromateuse, analogue à une récurrence cancéreuse. Etant donné ce qu'on sait de la bénignité histologique des myômes, il est plus juste de penser que la réapparition des symptômes est due au développement de fibromes contenus dans les parois à l'état latent au moment de la première intervention, que l'on méconnut et qui, suivant la loi d'évolution des tumeurs fibreuses, utérines se sont insidieusement rapprochés de la cavité, devenant à leur tour sous-muqueux et manifestant leur présence après une période de pseudo-guérison.

Et pourtant ces fibromes, s'ils eussent été reconnus, eussent pu être supprimés avant de devenir dangereux.

Un procédé d'exploration permettant au chirurgien plus complètement renseigné de *mieux discuter* les indications et donnant ainsi le maximum de chances de faire une bonne opération ne mérite-t-il pas d'être plus souvent employé?

CHAPITRE II

Historique.

En 1844, Simpson proposa le toucher intra-utérin, mais il ne fut guère pratiqué avant que Sloan ait eu en 1862 fait connaître l'emploi de la tige de laminaire. Depuis lors l'exploration digitale a surtout été appliquée au diagnostic des causes des métrorragies : débris placentaires, cancers, métrite, hémorragies et polypes muqueux. Encore le procédé est-il trop rarement employée dans les cas où souvent l'on traite le symptôme par le curetage ou une opération mutilante sans en chercher la cause.

Le toucher intra-utérin a été bien plus rarement encore appliqué au diagnostic des différentes variétés de fibromes et à la détermination des indications de leur traitement. Seuls, pendant longtemps, le diagnostic et la thérapeutique des polypes sous-muqueux ont bénéficié du procédé, le toucher intra-utérin étant d'ailleurs un temps préliminaire de la polypectomie vaginale.

Si le toucher intra-utérin n'acquiert pas plus de faveur, c'est qu'il n'est pas pratiqué dans les conditions d'asepsie nécessaire, que le plus souvent il est préparé par la dilatation extemporanée avec des instruments qui produisent quelquefois des déchirures de l'utérus et en somme il offre

dans ces conditions beaucoup plus de dangers que d'avantages.

Les conditions différentes dans lesquelles opéraient alors les chirurgiens expliquent les opinions différentes des auteurs. C'est ainsi qu'Emmet après avoir décrit minutieusement la technique du toucher intra-utérin le conseille dans le cas de fibromes, tandis que Lawson Tait et Schröder émettent des avis défavorables au procédé :

« Je suis persuadé que la dilatation complète du canal cervical permettant au doigt de parcourir toute la cavité utérine n'est point tout à fait exempte de dangers. Elle est toujours difficile et longue à obtenir si l'on fait abstraction des cas dans lesquels le col était déjà fortement dilaté d'avance. Ces cas sont presque les seuls qui réclament d'une manière pressante une dilatation complète du canal cervical. Ce sont ceux où l'utérus contient des tumeurs résistantes. Dans les autres cas on peut se passer de cette exploration digitale complète. Je ne pratique qu'exceptionnellement la dilatation totale du col ; je la fais spécialement lorsque des polypes fibreux sont greffés dans la cavité utérine. » (Schröder. *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1886.)

« Il existe encore une autre méthode dont il est beaucoup parlé dans les traités : c'est la dilatation de la cavité utérine dans le but de faire le diagnostic. J'avoue que j'ai trouvé cette méthode plus dangereuse que l'incision exploratrice abdominale et que je préfère cette dernière parcequ'elle ouvre la voie à un traitement efficace si l'état des parties le permet et l'autorise. » (Lawson Tait. *Traité clinique des maladies des femmes*, 1891.)

Cependant à mesure que les opérations conservatrices

vaginales prennent de l'extension s'étendent les indications du toucher explorateur de la cavité. On cherche à se renseigner exactement sur la situation, le volume des fibromes sous-muqueux même sessiles auxquels s'appliquent les opérations d'Amussat et de Péan-Segoud. C'est donc surtout aux fibromes à tendance centripète, à évolution cavitaire qu'on applique le procédé. Peu de chirurgiens sont allés plus loin.

Pendant Vulliet, de Genève, en 1885, faisait connaître son traitement systématique des fibromes interstitiels de petites et de moyennes dimensions, qui consiste à inciser la muqueuse et la musculuse jusqu'à la tumeur qu'expulsent ensuite dans la cavité les contractions naturelles ou provoquées de l'utérus. Cette opération doit toujours être précédée du toucher intra-utérin extrêmement facilité par la méthode de dilatation instituée par Vulliet, dilatation par les tentes-éponges.

« Pratiquer le toucher intra-utérin, explorer directement avec le doigt, sans l'aide d'instruments, la cavité d'une
« matrice dilatée et attirée à la vulve est une manœuvre
« absolument inoffensive quand on s'entoure des précautions convenables. J'ai recours à ce procédé d'exploration toutes les fois qu'il m'importe, soit pour le diagnostic, soit pour prendre une décision opératoire, de bien
« connaître l'état de la muqueuse et de la paroi de l'utérus.

« Le toucher intra-utérin donne des résultats bien autrement précis que le cathétérisme et il est à mon avis beaucoup moins dangereux.

« Cette prédilection pour ce mode d'exploration explique comment il m'est arrivé plusieurs fois de découvrir

« des fibromyômes interstitiels de petit volume ne for-
« mant aucune proéminence ni dans la cavité utérine ni
« dans la cavité abdominale. »

Dolérís, en 1888, recommande également l'exploration intra-utérine dans le cas de fibromes quand on a obtenu une dilatation accentuée de l'utérus au moyen des éponges préparées.

Enfin plus récemment dans une séance de la société d'obstétrique de Leipzig, en 1897, Sænger et Zwimpel se déclarent partisans convaincus du toucher intra-utérin pour le diagnostic des fibromes et le choix d'une décision opératoire.

CHAPITRE III

Technique.

HYSTÉROMÉTRIE — DILATATION — EXPLORATION

Quelquefois on se trouve en présence d'un col béant, admettant l'extrémité du doigt. Ce sont les cas où la cavité est dilatée par un polype qui tend à en sortir. Mais cette dilatation est insuffisante, le doigt ne peut aller très loin, il peut, tout au plus, reconnaître des polypes bas situés. Le plus souvent le col est fermé et il faut le dilater. L'introduction du doigt dans la cavité utérine est préparée par deux opérations préliminaires : l'hystérométrie et la dilatation du canal cervical.

La femme placée en position gynécologique est anesthésiée si l'on veut faire la dilatation rapide. Une asepsie soigneuse a été faite de la vulve et du vagin et tous les instruments nécessaires ont été rigoureusement stérilisés.

Hystérométrie. — L'hystéromètre donne la longueur de la cavité utérine. On saura ainsi choisir une tige de laminaire de longueur suffisante, ou enfoncer assez loin les bougies de Hégar, pour atteindre le fond.

Il renseigne également sur la direction générale de la cavité utérine et sur les obstacles qui pourront gêner l'introduction de l'agent dilateur. Il démontre, quelquefois,

l'impossibilité de cette introduction sans une opération préalable, dégagant la voie en supprimant les fibromes de la cavité cervicale.

Dilatation. — Le manuel opératoire diffère suivant qu'on applique le procédé de dilatation rapide, de dilatation lente ou de dilatation lente complétée rapidement. Il n'est pas inutile d'insister sur la technique des deux procédés. L'exploration digitale ne présente d'autres dangers que ceux d'une dilatation mal conduite.

Le procédé de dilatation rapide est une véritable petite opération qui exige l'anesthésie.

Dilatation rapide. — L'utérus est préalablement fixé par une pince appliquée sur la lèvre antérieure du col. La traction qu'on exerce sur cette pince redresse le col, fixe l'utérus, et lui permet de résister à la poussée de la bougie qu'on introduit dans le canal cervical.

On emploie généralement les bougies métalliques de Hégar. Les anciens dilatateurs à branches divergentes sont justement abandonnés comme agissant trop brutalement et pouvant produire des déchirures. Les bougies sont introduites doucement; leur progression est facilitée par un mouvement de rotation autour de leur axe. Elles doivent être enfoncées jusqu'au fond de la cavité. On emploie toutes les bougies de la série, sans passer de numéros, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une dilatation suffisante, pour l'introduction du doigt. Ce degré de dilatation est obtenu en un quart d'heure, une demi-heure, quelquefois une heure, quand la dilatation est difficile. Le plus habituellement, le siège de la résistance est au niveau de l'orifice interne du canal cervical. Il convient de ne pas exercer une poussée trop violente et de laisser

en place chacune des bougies pendant trois minutes environ. C'est là un procédé prudent qui permet de vaincre la résistance sans risquer de créer des déchirures.

Dilatation lente. — Le procédé, le plus souvent, employé par M. le professeur Auguste Pollosson est celui des tiges de laminaire. La méthode de Vulliet ou dilatation par des tampons de coton iodoformé n'a guère été mise en pratique que par son auteur. La tige est introduite dans la cavité jusqu'à ce que son extrémité affleure l'orifice externe du col. On la maintient en place par des tampons vaginaux. Les malades éprouvent quelques douleurs pendant la deuxième, la troisième et la quatrième heure de la dilatation. Parfois, on constate une légère élévation de la température atteignant au plus 38°,2, 38°,5, et due à la rétention des sécrétions utérines derrière la tige. Il est très rare que la température s'élève davantage et très souvent on ne constate aucune élévation de la température. Après vingt-quatre heures, la tige a épuisé son action, et quand on la retire la dilatation est encore insuffisante. Il faut, pour la compléter, placer une deuxième tige, plus grosse, qu'on laisse encore vingt-quatre heures dans l'utérus. La dilatation produite par cette deuxième tige n'est, en général, accompagnée d'aucune douleur. Cette dilatation est alors suffisante pour l'introduction du doigt. Si elle est encore incomplète, il peut être nécessaire d'introduire une troisième tige de gros volume ou un faisceau de lamineaires.

Dilatation mixte. — On peut combiner les deux méthodes en complétant rapidement avec les bougies de

Hégar la dilatation obtenue par la laminaire appliquée pendant 24 heures. Ce procédé offre les mêmes avantages que la méthode de dilatation lente.

Dilatation rapide et dilatation lente sont aussi fréquemment employées l'une que l'autre. Chacune a ses partisans autorisés. A Lyon la dilatation rapide est la méthode appliquée par MM. Laroyenne, Fochier et Condamin. M. le professeur Auguste Pollosson fait surtout la dilatation lente ou la dilatation mixte. Et il nous semble que c'est ainsi qu'on prépare le mieux l'utérus en vue de l'exploration digitale, avec le minimum de chances de le léser.

La dilatation rapide expose aux déchirures du col et de l'isthme; de plus elle est souvent irrégulière, les gros numéros des bougies n'atteignant pas toujours le fond de l'utérus.

La dilatation lente ou mixte, au contraire, ne traumatise pas l'utérus; elle est régulière si on a soin d'enfoncer la laminaire jusqu'au fond de la cavité. Elle modifie le tissu utérin d'une façon remarquable. Celui-ci prend une souplesse extraordinaire; l'utérus dilaté, ramolli, a la consistance de l'utérus gravide. L'introduction du doigt y est facile et les noyaux fibromateux s'y révèlent aisément par leur dureté qui tranche sur la mollesse du tissu ambiant.

La dilatation rapide n'a pas ce grand avantage d'assouplir le tissu utérin. C'est une dilatation toute mécanique. Dans la dilatation lente l'action mécanique n'est pas l'élément dominant. Cette dilatation est vraiment le résultat d'une action physiologique.

Exploration digitale. — Le col utérin est fixé par la pince, sur laquelle on exerce une traction continue. Outre qu'elle empêche l'utérus de fuir devant le doigt qui y pénètre, cette traction abaisse l'utérus et facilite par conséquent l'exploration du fond et des embouchures des trompes; c'est une manœuvre de toute nécessité, étant donné l'allongement habituel de la cavité utérine dans le cas de fibromes. L'abaissement du fond utérin est d'ailleurs facilité par la main qui le refoule en déprimant l'abdomen. Le toucher intra-utérin doit toujours être accompagné de la palpation abdominale pour donner le maximum de renseignements. Entre le doigt placé dans sa cavité, et la main qui explore sa surface séreuse à travers la paroi abdominale, l'utérus est saisi en totalité. Si l'exploration est conduite méthodiquement, aucun détail ne peut échapper. Les investigations doivent porter successivement sur l'isthme et sur le corps, sur le fond et sur chacune des parois successivement. Elles doivent être patientes et minutieuses. La découverte d'un polype ou fibrome interstitiel ne doit pas faire considérer l'exploration comme terminée. Il faut en effet se souvenir que fréquemment les fibromes sont multiples, et qu'en même temps que des fibromes sous-muqueux, existent souvent, cachées dans la paroi, des tumeurs interstitielles.

Les myômes sont facilement localisés grâce à la main qui explore par l'abdomen. Cette main, enfoncée vers les culs-de-sac vésico-utérin et utéro-sacré, palpe successivement la face antérieure et la face postérieure de l'utérus soutenues par le doigt utérin.

Les fibromes siégeant à la surface ou dans l'épaisseur de la paroi postérieure seront aisément reconnus par le

toucher rectal combiné au toucher utérin même si ces fibrômes sont haut situés, surtout si l'on a soin de faire abaisser l'utérus par un aide. C'est là un procédé qui rend des services quand il s'agit d'explorer l'utérus d'une femme obèse chez laquelle l'épaisseur de la paroi abdominale est telle qu'elle ne permet que des impressions confuses. Cette exploration utéro-rectale diffère peu de l'exploration rectale pour le diagnostic des tumeurs ou collections du Douglas.

Opérations adjuvantes de la dilatation. — Si la profondeur de la cavité utérine atteint plus de 10 ou 12 centimètres, si l'utérus est difficile à abaisser pour cause d'inflammation des annexes ou du périmétrium, s'il est impossible d'atteindre avec le doigt le fond de la cavité, on peut s'aider d'opérations permettant un plus facile accès de la cavité. Elles consistent en des incisions qui, momentanément, élargissent la cavité cervicale et diminuent sa longueur. Telle est l'incision bicommissurale réalisée dans le procédé d'hystérotomie cervico-vaginale de Péan-Segond. Le museau de tanche ainsi débridé devient une sorte de gueule largement ouverte au fond de laquelle on peut à son aise voir, toucher et manœuvrer. (Segond) (*XIII^e Congrès des Sciences médicales de Paris, 1900*). Telle est l'incision médiane sur la ligne avasculaire de l'utérus ou en V du procédé Doyen et Müller-Quénu.

La colpotomie antérieure ou postérieure, jointe à cette incision, donne la plus grande facilité pour abaisser l'utérus, on peut la faire sans être obligé d'ouvrir le péritoine. Ce procédé d'exploration exposé dans la thèse de

Gannat (1897) est préconisé par Sébilleau, Schwartz, Doyen à titre d'opération exploratrice. La désinsertion vaginale circulaire de l'utérus offre des avantages encore plus appréciables, mais la réparation est plus difficile.

Ces opérations complémentaires d'une dilatation insuffisante, sont bénignes, peu hémorragiques. Elles sont souvent nécessaires pour faciliter l'issue d'une tumeur un peu volumineuse et constituent alors un temps nécessaire de la myomectomie ou de la polypectomie vaginale. Il est facile de réunir ensuite les incisions par une hystérorraphie soignée à la soie; mais si utiles qu'elles soient, elles doivent laisser le pas à la dilatation non sanglante et constituent en somme des procédés d'exception.

Opérations sanglantes atypiques. — Elles sont parfois nécessitées par l'état du col fibromateux lui-même, déformé et rendu rigide. L'introduction du doigt est alors facilitée si l'on a soin d'énucléer ces fibromes des lèvres du col. Ces énucléations nécessitent des incisions appropriées à la localisation des fibromes cervicaux qu'on énuclée sur chacune des lèvres de l'incision. Ces incisions sont donc atypiques et s'éloignent des types ordinaires d'incision du procédé Doyen-Sébilleau ou du procédé Péan-Segond. Le siège, le nombre des incisions sont variables par conséquent et ne dépendent que du nombre et du siège des fibromes à énucléer. L'ablation faite de ces tumeurs, le col étant souple, étant élargi par les incisions, le toucher intra-utérin peut être plus facilement pratiqué; après quoi les parois des loges des fibromes énucléés sont adossées par des sutures à la soie ou au catgut.

CHAPITRE IV

Indications et contre-indications du toucher intra-utérin.

Le procédé ne doit pas être appliqué systématiquement à tous les cas. Souvent il est inutile, quelquefois il est impossible; il y a donc des indications et des contre-indications.

INDICATIONS. — Quand se manifestent les signes des fibromes sous-muqueux, hydorrhée et pertes abondantes, déhiscence du col, dans un utérus modérément augmenté de volume et peu déformé, le toucher intra-utérin s'impose. La dilatation du col est d'ailleurs un temps préliminaire de l'opération indiquée en pareil cas : polypectomie ou myomectomie vaginales. Le toucher dans la cavité donne des renseignements sur leur nombre, leur point d'implantation exacte, la coexistence possible d'autres variétés de fibromes. La présence d'un énorme polype remplissant totalement ou en partie la cavité utérine ne constitue pas une contre-indication, le toucher intra-utérin devient en effet possible quand est terminée la polypectomie avec morcellement de la tumeur.

Quand on observe, non pas les signes habituels des fibromes sous-muqueux, mais des hémorragies non caractéristiques, venant d'un utérus de volume moyen, non

déformé, quand le diagnostic hésite, le toucher intra-utérin s'impose. L'exploration peut alors faire découvrir de petits fibromes interstitiels, ou une hypertrophie moyenne et régulière de la paroi utérine, fibromateuse sans fibromes, forme clinique que Pozzi appelle à « type métritique » et Hepp (*Thèse Paris*, 1899) « sclérose utérine. » Le diagnostic exact de cette variété est, en effet, capital.

Elle peut, en effet, être méconnue et prise pour la métrite hémorragique. Or le traitement modificateur de la muqueuse qui guérit celle-ci, échoue complètement contre la fibromatose métritique.

D'une façon générale, il est utile de faire le toucher intra-utérin dans tous les cas de fibromes interstitiels où les moyens d'exploration habituels ont montré que l'utérus n'était que modérément augmenté de volume et peu déformé.

Dans le cas de fibromes sous-péritonéaux pédiculés, le toucher n'est indiqué que si l'on soupçonne la coexistence de fibromes sous-muqueux ou interstitiels justiciables d'une opération conservatrice. D'ailleurs, dans les cas de fibromes sous-séreux, pédiculés ou non, l'opération conservatrice est faite par la voie abdominale ; et au cours de la laparatomie, il est facile de compléter le diagnostic des fibromes interstitiels par la palpation immédiate de l'utérus mis à nu.

Le toucher utéro-rectal n'est indiqué que pour préciser le siège et les connexions des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus.

CONTRE-INDICATION DU TOUCHER UTÉRIN. — Il peut être inutile ; il peut être impossible.

1^o *Le toucher utérin est inutile* quand l'utérus est tellement volumineux, tellement déformé, qu'après avoir fait l'exploration bimanuelle ordinaire on perd d'emblée l'espoir de le conserver.

Inutile encore quand, et le cas est fréquent chez les malades atteintes de fibromes utérins, il existe des lésions bilatérales des annexes. De même, lorsque se manifestent des symptômes graves chez une malade qui, ayant atteint la ménopause, n'a plus à espérer de grossesses, ou lorsque l'évolution rapide de la tumeur fait soupçonner la dégénérescence maligne.

2^o *Le toucher intra-utérin est impossible.* Cette impossibilité peut dépendre de l'état du col ou de l'état du corps.

La rigidité cicatricielle du col due par exemple à d'anciennes cautérisations au fer rouge ou aux caustiques chimiques, est rarement telle que les dilateurs mécaniques, ni les tiges de laminaire ne puissent la vaincre.

La rigidité des lèvres du col fibromateux hypertrophiées et dures n'est jamais assez prononcée pour constituer un obstacle à la dilatation du col qu'on trouve même alors le plus souvent un peu déhiscent. D'ailleurs l'énucléation des fibromes du col après les incisions dilatatrices pourraient élargir la voie.

Mais une véritable impossibilité peut être constituée par la situation anormale du col dans le vagin. On trouve en effet parfois le col effacé, caché très haut derrière la symphyse, dans le cul-de-sac postérieur. Le corps de l'utérus est alors généralement volumineux, enclavé dans le pelvis ou développé au contraire au-dessus du détroit

supérieur. Ce sont ces situations anormales du corps qui entraînent les situations anormales du col, en l'élevant grâce à un allongement de tout l'isthme, en le déviant et en l'orientant de telle façon qu'il devient difficilement accessible au doigt qui explore le vagin et à *fortiori* impossible à cathétériser avec l'hystéromètre ou avec les dilatateurs.

Les flexions d'un utérus fibromateux sont souvent trop difficiles à corriger pour qu'on puisse espérer introduire une tige rigide dans une cavité coudée et rigide elle-même. L'hystéromètre peut buter sur une saillie fibromateuse obstruant la cavité sans pouvoir franchir cet obstacle.

En somme le toucher intra-utérin est surtout applicable aux cas où l'utérus est peu volumineux, où la cavité est peu déformée. C'est dans ces cas qu'il est utile et possible.

Cependant voici un cas qui peut se présenter et dans lequel la dilation de col et le toucher intra-utérin peuvent rendre les plus grands services : l'utérus est gros, déformé, et *a priori* semble justiciable seulement de l'hystérectomie totale. Mais les métrorragies abondantes, l'hydroporrhée, la béance du col font soupçonner la présence d'un polype dans la cavité. D'autre part la malade est incapable de supporter un grave traumatisme opératoire ; elle est anémiée, albuminurique ou cardiaque. C'est alors qu'une dilatation du col, le toucher utérin, et l'ablation d'un fibrome sous-muqueux, cause des métrorragies, sont indiqués. On supprime ainsi un symptôme d'une gravité immédiate.

CHAPITRE V

Indications fournies par le toucher intra-utérin pour le choix et l'application d'un traitement opératoire.

CHOIX ENTRE UN PROCÉDÉ MUTILANT ET UN PROCÉDÉ CONSERVATEUR

La question du choix entre la myomectomie conservatrice et l'hystérectomie ne se pose que s'il s'agit d'une femme jeune, c'est-à-dire au-dessous de 35 à 40 ans. Au dessus de cet âge, c'est l'hystérectomie ou le traitement palliatif qui sont indiqués. Car chez une femme ayant dépassé l'âge des maternités et même chez certaines femmes jeunes pour lesquelles la question de maternité n'a pas à être envisagée, une opération aussi simple que peut l'être actuellement l'hystérectomie est certainement préférable à la myomectomie abdominale et *a fortiori* à une polyénucléation.

Chez une femme jeune, susceptible d'avoir des enfants, la myomectomie conservatrice est certainement l'opération idéale. Mais il faut qu'elle soit possible ; il faut surtout qu'elle soit utile. Il nous semble que le toucher intra-utérin venant compléter les renseignements fournis par les autres procédés d'exploration donne des indications assez précises pour qu'on puisse, sur elles, baser

l'opportunité d'une opération conservatrice. Ces indications sont relatives au nombre des fibromes, à leur consistance, à leurs connexions avec le tissu utérin.

1^o Indications tirées du nombre des fibromes

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal ne donne souvent de renseignements que sur le volume total de l'utérus fibromateux. Il n'indique pas combien de tumeurs il contient. Fait-on le toucher intra-utérin, on trouve souvent que cette hypertrophie est due à des fibromes plus ou moins nombreux. Une telle découverte peut alors changer complètement le sens de l'opération. En effet la chirurgie conservatrice n'a d'avantages que si l'organe qu'elle conserve a une valeur réelle. Il faut repousser tout procédé qui, sous le prétexte de conserver un utérus inutile, expose la malade à des récidives dangereuses. Le traitement conservateur est indiqué quand on a affaire à une tumeur solitaire ou tout au moins à des fibromes peu nombreux.

Outre que la polyénucléation est difficile, qu'elle risque d'ouvrir des voies d'infection multiples, elle ne laisse après elle qu'un utérus en loques, déformé, inapte aux grossesses. A mesure que se perfectionne la technique des myomectomies, les chirurgiens ont reculé les limites de ces opérations dans les cas de fibromes nombreux. Kelly a énucléé, sur le même utérus, 17 fibromes, Jaboulay 9, Duplay 5, Engström 22, Alexander jusqu'à 25. Krænlein, de Zurich, a rapporté, en avril 1900, au xix^e Congrès de chirurgie allemand de Berlin, un cas de résection étendue du fond utérin fibromateux, suivie ensuite de plusieurs

grossesses et accouchements normaux. Mais ces opérations ont été faites par la voie abdominale, s'appliquaient donc à des fibromes à développement péritonéal : par le vagin, il est plus difficile d'énucléer de nombreux noyaux fibromateux.

Dans les cas de fibromes nombreux où l'on voudrait pourtant éviter le traumatisme de l'hystérectomie, on pourrait essayer la ligature atrophiante des artères utérines suivant la méthode de Gottschalk et Hartmann.

Contre-indiquée dans le cas de tumeurs nombreuses, la conservation l'est *a fortiori* et d'une façon formelle si le doigt intra-utérin découvre dans l'épaisseur de la paroi une véritable germination fibreuse « fibromyomatose granulique » comme on l'a appelée. Il faut alors recourir sans hésiter à l'hystérectomie.

2^o *Indications tirées de la consistance des fibromes et de leurs connexions avec le tissu utérin.*

Pour apprécier les caractères de consistance d'une tumeur, il est nécessaire de la fixer en même temps qu'on l'explore, par la palpation. Il en est de même des fibromes dont la consistance ne peut être appréciée d'une façon exacte que si, palpés à travers la paroi abdominale, ils sont appliqués sur le plan résistant que constitue le doigt introduit dans l'utérus. Or certaines variétés de fibromes doivent être exactement diagnostiquées, car il peut être impossible de les traiter par la myomectomie.

Schröder et H. Bernard ont rapporté des exemples de fibromes calcifiés, de consistance telle qu'elle empêche de les morceler. Mais ce sont des raretés.

Ce qui est plus fréquent, c'est de trouver cette variété que Lawson Tait appelle « myôme mou œdédié ». Ce sont des tumeurs molles, aux alvéoles remplies de sérosité véritables éponges friables sur lesquelles les instruments n'ont pas de prise. Il faut alors souvent terminer l'opération par une hystérectomie.

Dartigues, dans sa thèse, rapporte deux observations qui montrent bien à quelles difficultés on se heurte dans ces conditions :

« Second pratique avec peine l'ablation de nombreux morceaux de la tumeur avec le couteau bitranchant, mais l'on a devant soi un tissu mou, friable, qui ne présente pas du tout cependant le caractère d'effritement des néoplasmes cancéreux ; c'est un tissu pour ainsi dire œdédié, qui s'effiloche, formant des lanières déchiquetées sous l'influence des pinces à traction. Il s'agit d'un fibrôme mou comme on en voit quelquefois et dont la mollesse est parfois si grande qu'elle occasionne des erreurs de diagnostic clinique et fait alors penser plutôt au kyste ovarique qu'au fibrôme. Le tire-bouchon lui-même n'a pas de prise. Il faut se résoudre à enlever la tumeur par petites parcelles. Les pinces dentées déchirent tout à coup, les pinces à mors fenêtrés dont on se sert pour les kystes n'aident guère davantage et dérapent souvent. Après une longue patience qui n'aboutit plus qu'à l'ablation de morceaux infimes, comme Second ne trouve pas non plus de plan de clivage et comme il est impossible de tout enlever, lorsque l'utérus, par suite du morcellement (60 fragments), est suffisamment réduit, il termine par une hystérectomie totale. »

« Le 16 décembre 1899, nous opérâmes avec Second un cas à peu près analogue qui montre bien les hésitations, l'espoir, puis la déception qu'on peut éprouver dans une tentative de conservation utérine : la tumeur était un peu plus grosse que le poing, régulière, globuleuse et l'hystérométrie donnait douze centimètres de cavité. Second pratique l'incision bicommissurale du col et l'exploration digitale ; le cas est reconnu presque impossible pour l'énucléation.

Aussi se résout-il à l'hystérectomie vaginale et fait-il l'incision ordinaire qui permet de libérer le col. Mais arrivé à ce point de l'intervention, on fait tout de même un essai d'énucléation : le doigt introduit dans la cavité utérine fait sortir une certaine quantité de liquide citrin avec de tout petits fragments de tumeur. Second croit être, à cause de ce liquide d'aspect ascitique, dans le Douglas, mais il s'aperçoit que non ; il part alors pour le morcellement et l'énucléation, mais la tumeur se déchire sous les pinces et n'abandonne à chaque prise que des lambeaux lacérés ; les pinces dentées griffent plus qu'elles n'arrachent ; il parvient pourtant à retirer toute la masse néoplasique, mais l'utérus est en bien mauvais état et la tumeur paraît de nature un peu douteuse ; aussi termine-t-il par l'hystérectomie vaginale totale. »

Voici donc deux cas où le toucher utérin, en permettant d'apprécier la consistance de la tumeur, eût mis en éveil l'attention du chirurgien en faisant soupçonner sa nature, eut évité des manœuvres longues, pénibles et aboutissant, en fin de compte, à l'hystérectomie totale.

Sécheyron signale de même les difficultés de la myomectomie dans les cas semblables. « L'énucléation paraît absolument inapplicable pour l'extraction des myômes mous, comme caverneux, inclus dans les parois utérines, diffus, non encapsulés. La difficulté du diagnostic de cette forme de fibrome rend donc toujours aventureuse leur tentative d'énucléation : j'insiste sur ce point, car dans ce cas on se trouverait aux prises avec de graves hémorragies d'une répression difficile. »

Les fibromes mous œdématisés, les fibrômes kystiques, les fibromes caverneux sont encore difficiles à énucléer, parce qu'ils sont souvent diffus ; ils n'ont pas la zone de clivage qu'on trouve ordinairement autour des fibromes et qui les isole en quelque sorte du tissu utérin.

Claisse a signalé, dans sa thèse sur le développement des fibromes utérins, une variété d'adénomyômes interstitiels absolument dépourvus de capsule, infiltrés pour ainsi dire dans le tissu utérin. Le diagnostic de cette forme est impossible autrement que par la palpation de la paroi par le toucher intra-utérin. C'est lui qui seul peut faire reconnaître que la petite tumeur a des limites indécises et se confond insensiblement à sa périphérie avec le tissu utérin ambiant. L'énucléation de ces fibromes est impossible, il faut pour les extirper sculpter dans le tissu sain de l'utérus, risquer, par conséquent, d'ouvrir la cavité utérine dans le péritoine, accident qui, pour beaucoup de chirurgiens, doit être immédiatement réparé par une hystérectomie totale.

CHOIX ENTRE LES PROCÉDÉS CONSERVATEURS APPLICABLES AUX DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE FIBROMES

A chaque variété de fibromes correspond un procédé opératoire différent. La localisation exacte de la tumeur par rapport à la paroi utérine permet de choisir entre la voie vaginale et la voie abdominale. Cette localisation exacte ne peut guère être faite que par le toucher utérin, qui, de plus, permet de faire une opération conservatrice réellement utile en la faisant complète.

C'est plus spécialement dans le cas de fibrômes sous-muqueux et interstitiels que le toucher intra-utérin donne d'utiles renseignements. Dans le cas de fibromes sous-péritonéaux pédiculés, il n'est indiqué que s'il existe en même temps des fibromes sous-muqueux, et que la conservation de l'utérus soit possible.

Fibromes sous-muqueux

1^o *Polypes*. — Dans le cas de polypes, le toucher intra-utérin, en même temps qu'il fait faire le diagnostic, impose le procédé opératoire : la polypectomie vaginale préparée d'ailleurs par la dilatation du col préliminaire. Il donne encore des indications permettant de régler le détail de cette opération, sur le volume de la tumeur, sur sa consistance et par suite sur l'opportunité d'une dilatation large et sanglante du col facilitant l'issue de la tumeur entière ou morcelée. On apprécie l'épaisseur du pédicule du polype, on connaît exactement son point d'implantation. Cette exploration est banale dans les cas de polypes ; mais il est moins fréquent qu'on la fasse complète, minutieuse, et qu'on la poursuive systématiquement, même après l'ablation d'un premier polype. Et pourtant il se peut qu'on en trouve d'autres derrière celui-là. Si on néglige de les rechercher et de les extirper, on voit à plus ou moins brève échéance reparaitre les symptômes. On admet généralement que la coexistence de plusieurs polypes est rare. Mais pour rares que soient les cas de polypes multiples, ils existent cependant, comme le montre l'observation suivante du service de M. le professeur Auguste Pollosson.

OBSERVATION I

Métrorragies. Dilatation. Toucher intra-utérin. Polypes multiples du fond de l'utérus et myôme sous-muqueux sessile de la paroi postérieure. Ablation des polypes.

Caroline R..., veuve P..., 46 ans, couturière, entre à la salle Sainte-Thérèse le 15 novembre 1902 pour des métrorragies.

Antécédents. — Un accouchement normal il y a 20 ans. Pas de fausses couches.

Réglée à 14 ans, antérieurement les règles duraient 3 jours et venaient tous les 28 jours.

Depuis 5 mois, les règles ont tendance à avancer, durent 8 et 10 jours et sont très abondantes. La malade ne souffre pas et ne présente pas de troubles de compression. Elle est devenue très faible et présente un état d'anémie assez avancé.

Examen clinique. — Le corps utérin est gros comme une orange, sans bosselures. Le col est gros et mou, fermé.

Hystérométrie : 11 centimètres de cavité.

Intervention. — Le 16 novembre, on place une première tige de laminaire.

Le 17, seconde tige de laminaire.

Le 18, on achève sans aucune peine la dilatation utérine avec les trois dernières bougies de Hégar.

Toucher intra-utérin. On sent 4 petits polypes gros comme des haricots, implantés sur le fond utérin et une masse arrondie sessile, grosse comme une belle noix, qui fait bomber la muqueuse de la paroi postérieure.

Ablation des petits polypes à la curette, lavage et tamponnement de la cavité avec une mèche de gaze iodoformée.

Le 25 novembre, apparition des règles qui sont particulièrement abondantes.

Le 8 décembre, les métrorragies prennent fin. Elles sont vraisemblablement dues au fibrome sous-muqueux resté dans la paroi.

Etant donné l'âge de la malade, on propose à la malade une seconde intervention, mais elle refuse et demande à sortir. Elle quitte le service, très anémiée par les métrorragies.

Cette observation qui montre un cas de pluralité des polypes est encore intéressante par la coexistence d'un fibrome sous-muqueux sessile qui eut été justiciable de l'énucléation vaginale. On peut trouver également des

fibromes interstitiels pour l'énucléation desquels il y a à discuter l'opportunité des traitements applicables à cette variété clinique.

OBSERVATION II (Résumée)

(In thèse de Dartigues)

Enucléation et morcellement par hystérotomie cervico-vaginale bilatérale, d'un fibrome interstitiel développé dans le bord droit de l'utérus, pesant 25 grammes, avec polypectomie vaginale complémentaire pour un petit polype fibreux implanté sur le fond de l'utérus et pesant 20 grammes. Guérison.

M^{me} G..., 35 ans.

Passé clinique. — Réglée à 11 ans et demi. Jamais de grossesse ni de fausse couche.

A 29 ans, début des ménorrhagies.

A 34 ans, c'est-à-dire il y a un an, début des métrorrhagies. Depuis deux mois la malade est dans le sang. Pas de pertes blanches.

Examen clinique. — Anémie extrême de la malade.

L'examen local montre un utérus remontant quelque peu au-dessus du pubis, mobile à la palpation bimanuelle; sa surface est arrondie, lisse, régulière, si ce n'est à droite et en arrière. On pourrait croire à une grosse annexite collée au flanc droit de l'utérus. Mais la masse sentie dans le cul-de-sac droit, arrondie et dure, se mobilisant avec l'utérus semble bien appartenir à ce dernier et faire corps avec lui. On ne sent rien du côté des annexes gauches.

La tumeur saillant à droite paraît située à la partie moyenne du bord droit de l'utérus, par conséquent le fond de cet organe la dépasse. L'hystéromètre donne dix centimètres de cavité utérine.

Diagnostic. — Il s'agit, vu le passé clinique de la malade très épuisée par de longues et abondantes métrorrhagies, vu aussi l'examen physique, d'un fibrome interstitiel inclus dans le bord droit de

l'utérus, plutôt que d'une annexite. Ce diagnostic s'est trouvé justifié à l'opération, mais il n'a pas prévu le polype du fond utérin que l'on a ensuite découvert.

Indications opératoires. — La localisation nette, l'unicité du fibrome, la mobilité de l'utérus avec des annexes gauches apparemment saines, doivent faire tenter l'énucléation du fibrome avec conservation utéro-annexielle. Toutefois la nature un peu douteuse de la bosselure droite fait craindre que l'hystérectomie vaginale ne soit, en fin de compte, nécessaire.

Opération. — Le 6 mars 1900, par Segond.

Dilatation de l'utérus aux bougies de Hégar. Curettage préliminaire. Incision bicommissurale du col.

Le tire-bouchon est appliqué sur le fibrome en avant et à droite, c'est-à-dire un peu sur la paroi antérieure de l'utérus. Un coup de couteau à deux tranchants est donné dans le fibrome qui de ce fait s'allonge; la traction sur le tire-bouchon entraîne le fibrome tout entier gros comme un œuf environ, sans qu'il y ait besoin de le morceler. Il y a une capsule très nette et une loge pariétale résultant de cette énucléation.

A côté de cette loge deshabitée par le néoplasme, on sent très bien la filière du canal utérin indépendant. Le doigt y est introduit: on sent une autre petite masse, c'est un polype fibreux inséré au fond de l'utérus. On le harponne avec une pince à deux dents. Cette prise à la pince aide à placer ensuite le tire-bouchon, sur ce polype, que l'on peut même apercevoir facilement et que l'on enlève d'un bloc sans morcellement.

Une mèche de gaze iodoformée est placée dans la cavité utérine et tassée jusqu'au fond. Avec la même mèche, on comble la cavité qui résulte de l'ablation du fibrome interstitiel latéral.

On termine par la suture avec l'aiguille de Reverdin et du gros catgut, des commissures cervicales.

Suites opératoires. — Simples. Le 29, règles normales comme quantité, non douloureuses, durant trois jours. La malade sort guérie le 29 mars. En mars 1901, elle est en parfaite santé et sa menstruation est régulière.

Voilà donc une observation qui montre, que ni l'hystéromètre, ni la curette n'avaient pu déceler la présence d'un polype trouvé seulement par l'exploration digitale de la cavité.

L'observation suivante est relative à un cas de coexistence de polype intra-cavitaire et de fibrome interstitiel.

OBSERVATION III

(Clinique gynécologique de Lyon)

Polype accouché dans le vagin. — Fibrome interstitiel du col. Polypectomie. — Enucléation. — Pelvipéritonite consécutive et mort.

K..., femme M..., 40 ans. Entrée salle Sainte-Thérèse pour des métrorragies douloureuses, le 29 juillet 1900.

Antécédents. — Mariée à 22 ans; pas d'accouchements, une fausse couche de six mois à 23 ans.

Réglée à 17 ans; durée moyenne des règles, sept jours.

Depuis six mois, la malade présente des métrorragies et de l'hydrorrhée, elle est constamment dans le sang. En même temps, que les métrorragies, la malade a vu survenir d'une façon insidieuse des douleurs abdominales dont l'intensité s'accroît par le travail et la station debout prolongée. Ces douleurs s'irradient aux lombes et aux cuisses. Depuis sa fausse couche la malade dit avoir, d'ailleurs, toujours un peu souffert dans le ventre du côté gauche. La malade a perdu l'appétit et a maigri.

Examen clinique. — Anémie marquée.

Le corps utérin est augmenté de volume. Le fond remonte à trois travers de doigt au-dessus des pubis.

Au toucher vaginal, en avant et accolée à la paroi postérieure de la vessie, on trouve une tumeur dure, qui est la lèvre antérieure du col fibromateux. Derrière cette tumeur, on en trouve une autre faisant saillie à travers l'orifice externe du col. C'est un polype accouché dans le vagin. Les culs-de-sac sont un peu effacés, mais leur exploration ne réveille pas de douleurs.

Intervention. — Le 1^{er} août, par M. le docteur Condamin. Ablation du polype sur le pédicule duquel une pince est laissée. Puis incision transversale du col et décortication du fibrome inclus dans la lèvre antérieure. La cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Mais du 1^{er} au 10 août, ascension de la température. La malade fait de la pelvipéritonite. La ponction du cul-de-sac postérieur donne issue à du pus contenu dans plusieurs poches. Malgré cette ponction et un drainage du Douglas à l'éponge, la malade meurt le 19 août.

2^o *Fibromes sous-muqueux sessiles.* — Cette variété de fibromes prête aux mêmes considérations que les polypes muqueux. Quand on les soupçonne, il faut les rechercher par le toucher intra-utérin. Leur traitement est des plus simples actuellement. Depuis la vulgarisation du procédé d'hystérectomie vaginale d'Amussat, perfectionné ensuite par Péan et Segond, il est possible d'extirper par le vagin des tumeurs volumineuses, grâce au morcellement et aux incisions du col, incision commissurale bilatérale de Péan-Segond, ou médiane antérieure de Doyen-Sebileau. La myomectomie n'est contre-indiquée pour ces fibromes que s'ils sont tellement nombreux que l'utérus reste, après leur énucléation, trop disloqué pour être conservé. Les difficultés peuvent être plus grandes pour le diagnostic que pour le traitement. Le toucher vaginal combiné à la palpation bimanuelle ne donne que cette notion insuffisante : l'utérus est bosselé ; le toucher intra-utérin seul peut faire savoir que la tumeur est immédiatement située sous la muqueuse. Les trois observations suivantes montrent bien l'insuffisance des procédés d'exploration habituels et la nécessité d'une investigation poussée jusque dans la cavité utérine.

OBSERVATION IV

(Clinique gynécologique. M. le professeur Auguste Pollosson)

Métrorragies. — Dilatation. — Toucher intra-utérin. — Fibrome sous-muqueux de la grosseur d'un œuf. — Décapsulation et morcellement.

Louise B..., 41 ans, lingère, entre salle Sainte-Thérèse, le 20 juillet 1903, pour des métrorragies.

Antécédents. — Une fausse couche de un mois et demi il y a 10 ans.

Réglée à 14 ans. Les règles duraient 8 jours, venaient tous les 25 jours, très régulièrement.

Il y a 4 ans, survinrent des métrorragies durant 15 et même 18 jours. Pendant un an, la malade confond ces métrorragies avec les périodes menstruelles.

Pendant un an, cessation des métrorragies. Cette année au mois de mars, pertes rouges ayant duré 4 à 5 jours, survenues 8 jours après une période menstruelle normale. Depuis 15 jours, métrorragies abondantes qui n'ont pas cessé.

La malade ne souffre pas et présente seulement un état d'anémie marqué.

Examen clinique. — L'utérus est gros comme le poing, bosselé à droite et en avant. Le col est normal. Hystérométrie : 9^{cm} de cavité.

Intervention. — Par M. le professeur Auguste Pollosson. Dilatation extemporanée aux bougies de Hégar. Toucher intra-utérin. Découverte d'une tumeur sous-muqueuse du volume d'un œuf bombant dans l'utérus. On pratique les incisions commissurales du col de Péan-Segond pour faciliter l'introduction du doigt et une exploration plus complète de la cavité. La tumeur est saisie avec une pince guidée sur le doigt intra-utérin. La tumeur est extraite par énucléation et morcellement. La cavité utérine est tamponnée à la gaze iodoformée.

OBSERVATION V

(Clinique gynécologique. M. le professeur Auguste Pollosson)

Métrorragies — Utérus modérément augmenté de volume. — Dilatation. — Toucher intra-utérin. — Énucléation et morcellement d'un fibrome sous-muqueux.

Marie B..., femme M..., 40 ans, couturière, entre le 10 octobre 1903 à la salle Sainte-Thérèse pour des métrorragies.

Antécédents. — Réglée à 12 ans et demi, périodes menstruelles durant 8 jours en moyenne et venant régulièrement tous les 25 jours.

Un accouchement normal, il y a 19 ans. Une fausse-couche il y a 15 ans, enfin un deuxième accouchement il y a un an et demi.

Il y a 6 ans, la malade remarque que ses règles deviennent plus fréquentes et durent plus longtemps. Elles durent une fois 15 jours. Progressivement, les pertes deviennent presque continues, la malade perd pendant la plus grande partie du mois et ne reconnaît plus ses règles. Elles sont très abondantes. Une métrorragie plus abondante encore décide la malade à entrer à la clinique. Elle ne souffre pas, mais les mictions sont fréquentes.

Examen clinique. — Malade anémiée.

Corps utérin arrondi, lisse, remontant à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Col induré et légèrement bétant.

Intervention. — Le 12 octobre, M. le professeur Auguste Pollosson place une tige de laminaire.

Le 13, dilatation avec les bougies de Hégar, on laisse en place 3 minutes chaque numéro, de crainte de produire des déchirures de ce col induré. Exploration digitale ; on sent un fibrome assez volumineux, sous-muqueux, implanté par une base assez large sur le fond de l'utérus. M. Pollosson fait deux sections commissurales du col, morcelle avec des pinces et énuclée complètement la tumeur dont les morceaux pesés ensemble, donnent 150 grammes.

3 points de suture au catgut sur chaque section du col et tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée.

OBSERVATION VI

(Clinique gynécologique. M. le professeur Auguste Pollosson)

*Ménorragies rebelles. — Dilatation. — Toucher intra-utérin. —
Enucléation d'un petit fibrome sous-muqueux sessile.*

Antoinette P..., 52 ans, couturière, entre salle Sainte-Tkérèse, le 28 février 1902, pour des ménorragies.

Antécédents. — Un accouchement au forceps il y a 49 ans.

Réglée à 14 ans.

Depuis son accouchement, c'est-à-dire depuis 49 ans, la malade a remarqué que ses règles duraient plus longtemps et qu'elles avaient tendance à s'avancer.

Depuis ces trois dernières années, les règles sont très abondantes, elles durent 6 à 7 jours ; pas de pertes intermenstruelles. La malade n'a jamais souffert au moment de ses règles. Elle est très faible, a perdu l'appétit et depuis deux mois garde le lit. Elle a été traitée sans résultat par l'ergotine.

Examen clinique. — Le corps, de volume normal, est en antéflexion. Col normal de multipare. On sent des brides douloureuses dans le cul-de-sac postérieur ; quant on essaie de soulever le col utérin, on détermine une vive douleur irradiée vers l'anus. L'abdomen est un peu ballonné. Il existe une hyperesthésie très nette de la paroi, rendant l'examen très difficile.

Hystérométrie : 7 centimètres de cavité utérine.

Intervention. — Le 4 février on place une tige de laminaire.

Le 5 février, dilatation extemporanée aux bougies de Hégar. L'exploration digitale fait reconnaître un petit fibrome dur, de la grosseur d'une amande, implanté sur la paroi antérieure près du fond de l'utérus et sessile. Il est saisi avec une pince à griffe, énucléé et amené par traction. Lavage intra-utérin. Tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée.

L'exploration de la cavité doit être aussi minutieuse que dans le cas de polype. Un myôme sous-muqueux sessile peut cohabiter avec un polype comme le montre l'observation II.

Il peut cohabiter avec des fibromes interstitiels. Enfin, l'observation suivante montre qu'on peut trouver dans un utérus des myômes sous-muqueux sessiles multiples.

OBSERVATION VII

(Clinique gynécologique. — M. le professeur Auguste Pollosson)

Polype muqueux excisé il y a six ans. — Ménorragies récidivantes. — Dilatation. — Toucher intra-utérin. Énucléation de six petits fibromes sous-muqueux sessiles.

Marie R..., femme V..., 36 ans, guimprière, entre salle Sainte-Thérèse le 10 mars 1902 pour des ménorragies.

Antécédents. — Bonne santé antérieure; réglée à 13 ans; périodes menstruelles tous les trente-cinq jours en moyenne, durant quatre à cinq jours et modérément hémorragiques. Mariée à 19 ans, la malade n'a eu ni fausses couches ni accouchements.

Depuis six ans, augmentation de la durée des règles; d'abord six puis sept, huit et, enfin, quinze jours. La malade est alors opérée par le professeur Fochier qui excise un polype muqueux.

Il y a quatre ans, les règles deviennent douloureuses, les douleurs fortes et expulsives coïncidant avec une nouvelle augmentation de la durée des règles et de leur abondance. En somme : ménorragies douloureuses, sans augmentation de la fréquence des règles.

Examen clinique. — Anémie légère.

Col normal de nullipare. Le corps utérin a le volume d'une orange et ne présente d'autre déformation qu'une hypertrophie apparente de sa paroi antérieure.

Intervention. — Le 12 mars 1902, M. le docteur Repelin, chef de clinique, dilate le col aux bougies de Hégar, sous anesthésie, fait le toucher intra-utérin et découvre sur la paroi antérieure et sur la paroi postérieure de l'utérus six petits myômes sous-muqueux dont la grosseur varie de celle d'un petit œuf à celle d'une noisette; les tumeurs sont alors, soit simplement énucléées, soit énucléées et morcelées.

Le 19 mars, la malade quitte le service en bon état.

Fibromes interstitiels

Les fibromes interstitiels peu nombreux, facilement énucléables, relèvent de la myomectomie.

La myomectomie peut se faire, soit par la voie vaginale soit par la voie abdominale. Le choix de la voie d'abord de ces tumeurs est capital. La voie abdominale doit être préférée pour les myômes plus voisins de la cavité péritonéale, la voie vaginale pour ceux qui, plus rapprochés de la muqueuse utérine, ont été appelés, par Delbet, fibromes interstitiels internes. La distance qui sépare les fibromes intra-muraux de la séreuse et de la muqueuse doit donc être exactement appréciée, elle ne peut l'être que par la palpation de toute l'épaisseur de la paroi utérine, par l'exploration utéro-abdominale. La connaissance insuffisante de la situation des fibromes dans la paroi, rend l'extraction de ces tumeurs extrêmement difficile et dangereuse.

Comme le dit Pozzi dans sa thèse d'agrégation : « On agit à l'aveugle au fond d'une cavité peu accessible où peut survenir, d'un moment à l'autre, une hémorragie formidable, au voisinage immédiat du péritoine auquel adhèrent parfois quelques bosselures de ces tumeurs. Et alors même que celle-ci serait enveloppée de toutes parts

par une capsule, la minceur de cette enveloppe n'expose-t-elle pas à la déchirer et à la franchir dans les manœuvres violentes de l'énucléation? »

Ce sont ces dangers, ces difficultés de l'énucléation des myômes interstitiels, qui font préférer à nombre de chirurgiens, même dans le cas de myômes intra-muraux internes, la voie abdominale qui présente les avantages de la chirurgie à ciel ouvert et permet de réparer plus à l'aise les perforations accidentelles de la paroi utérine. Et cependant la voie vaginale est toujours préférable à la voie abdominale. Les opérations par voie vaginale n'ont pas les caractères de gravité des laparatomies, les suites opératoires en sont plus simples ; les chances d'infection grave sont moindres, le drainage étant plus facilement assuré. Mais ces avantages cessent d'exister, la myomectomie vaginale devient immédiatement dangereuse si l'on vient à perforer la paroi. L'hystérectomie vaginale devient alors la ressource dernière du chirurgien. Donc nécessité absolue de la détermination exacte avant de tenter l'opération de l'épaisseur de la couche musculaire interposée entre le myôme et le péritoine.

Si cette couche musculaire est trop mince, si le myôme interstitiel est externe, il diffère bien peu d'un myôme sous-péritonéal sessile et présente les mêmes indications opératoires. La mince couche musculaire qui le sépare de la séreuse est insuffisante pour assurer la protection du péritoine pendant les manœuvres pénibles de l'énucléation, la voie abdominale doit être préférée. La myomectomie de Martin, instituée pour les fibromes sous-péritonéaux, s'applique également à ces fibrômes interstitiels externes.

Mais il y a des cas où le myôme interstitiel est en même

temps sous-muqueux par un de ses pôles, sous-séreux par l'autre. Une myomectomie tentée par le vagin risque d'ouvrir le péritoine; l'énucléation par voie abdominale peut ouvrir la cavité utérine. En présence de ces deux alternatives fâcheuses, l'hystérectomie est certainement indiquée.

La coexistence de myômes interstitiels avec d'autres variétés de fibromes est fréquente. Il arrive souvent qu'après avoir fait l'excision d'un polype ou l'énucléation d'un myôme sous-muqueux sessile, on trouve encore par le toucher utérin des tumeurs incluses dans la paroi. C'est que la pluralité des tumeurs fibreuses est assez fréquente. L'évolution des fibromes se fait de la façon suivante : d'abord interstitiels et le plus souvent silencieux, ils deviennent ensuite soit sous-péritonéaux, soit sous-muqueux, sessiles puis pédiculés. Cette migration ne se fait pas en même temps pour tous les myômes contenus dans la paroi; le plus souvent, semble-t-il, les myômes font leur évolution successivement à des époques différentes. La découverte d'un myôme sous-muqueux ou sous-séreux doit donc faire penser qu'il en existe d'autres encore intra-muraux. Si l'on songe que ces myômes interstitiels pourront un jour devenir sous-muqueux, hémorragipares et graves, il semble rationnel de les rechercher de parti-pris, sitôt qu'on les soupçonne, avant qu'ils aient pu devenir dangereux. Ce sont ces considérations qui ont fait entreprendre à des chirurgiens comme Vulliet, de Genève, la recherche systématique des fibromes interstitiels de moyen et de petit volume, qu'on « cueille dans leur fleur ». Supprimer ces tumeurs encore latentes, c'est faire le traitement préventif des fibromes sous-muqueux

menaçants pour l'avenir. Si l'on faisait cette recherche chaque fois qu'on opère un fibrome sous-muqueux, recherche qui ne peut être faite que par l'exploration utéro-abdominale, on éviterait peut-être de voir se produire ces cas de polypes récidivants, avec tous leurs dangers, anémiant fortement les malades, et nécessitant à des dates plus ou moins rapprochées des opérations souvent urgentes et quelquefois malheureuses dans leurs suites.

Les observations suivantes sont relatives à des cas de récidives de fibromes sous-muqueux. S'il est exact que très souvent en même temps qu'un polype proémine dans la cavité utérine, se cachent dans l'épaisseur de la paroi de futurs polypes, le toucher intra-utérin n'eut-il pas, systématiquement appliqué, lors de la première intervention prévenu les récidives en permettant d'en supprimer la cause ?

OBSERVATION VIII

(Clinique gynécologique. Professeur Laroyenne)

Polype excisé il y a deux ans. — Nouvelles métrorragies. — Dilatation du col. — Toucher intra-utérin. — Énucléation avec morcellement d'un fibrome sous-muqueux sessile.

Jeanné A..., 42 ans, rentière, entre salle Sainte-Thérèse pour des métrorragies, le 4 avril 1896.

Opérée l'an dernier pour un polype fibreux faisant saillie dans le col, ayant vu son état s'améliorer après l'opération, elle ressent à nouveau des douleurs dans l'hypochondre gauche, s'irradiant vers les lombes et la partie supérieure des cuisses. Les mictions sont devenues fréquentes et douloureuses. En même temps les métrorragies qui avaient cessé après la première intervention, réapparaissent.

Examen clinique. — L'hyperesthésie de l'abdomen rend l'exploration difficile. L'utérus est augmenté de volume. Le col fermé.

Intervention. — Le 10 avril. Anesthésie. Dilatation du col avec l'appareil d'Ambroise Paré. Le doigt est introduit dans l'utérus. On découvre un fibrome assez volumineux faisant saillie dans la cavité, mais non pédiculé. On en fait l'énucléation, et le morcellement. Tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée.

Le 18 avril, la malade quitte le service, plus de douleurs, plus de métrorragies.

OBSERVATION IX

(Clinique gynécologique)

Polype excisé en 1894. — Récidive. — Métrorragies. — Excision d'un polype volumineux faisant issue à travers le col.

Marie P..., femme D..., 41 ans, entre salle Sainte-Thérèse le 30 mai 1900 pour des métrorragies.

Antécédents. — Réglée à 17 ans, régulièrement. Mariée à 23 ans, la malade a eu trois accouchements, le dernier il y a 13 ans. Jamais de fausses couches.

En 1894, elle a été guérie de métrorragies abondantes et douloureuses par l'ablation d'un polype saillant à travers l'orifice du col.

Cette guérison n'a été que temporaire. Quatre ans après elle ressentait à nouveau des douleurs lombaires. En même temps réapparaissaient les métrorragies. Actuellement la malade perd beaucoup; elle souffre de vives douleurs irradiées aux lombes et aux cuisses.

Examen clinique. — On découvre immédiatement un polype volumineux faisant issue à l'orifice externe du col.

Intervention. — Le 1^{er} juin, M. le docteur Condamin fait aux ciseaux l'excision du pédicule sur lequel on laisse une pince, la cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée.

OBSESVATION X

(Clinique gynécologique)

Antérieurement extirpation par voie vaginale de plusieurs polypes fibreux à différentes époques. — Métrorragies graves. — Extirpation par voie vaginale d'un polype sphacélé. — Mort par septicémie.

Marguerite R..., femme S..., 52 ans, entre salle Sainte-Thérèse le 28 janvier 1902, présentant des métrorragies abondantes et des douleurs manifestement dues à un polype en voie d'expulsion.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Un accouchement il y a 28 ans.

Il y a 14 ans, la malade expulse après 15 jours de très vives souffrances, un polype qui s'était traduit pendant 4 ou 5 ans par des métrorragies. Après l'expulsion de ce polype, persistent quelques métrorragies.

Trois ans plus tard, extirpation d'un second polype par M. Levrat.

Six ans après, M. Vincent fait l'excision de deux nouveaux polypes.

Depuis cette dernière intervention, la malade a toujours eu des métrorragies, particulièrement depuis trois mois. Depuis deux jours, les douleurs qu'elle ressent sont analogues à celles de l'accouchement. La malade perd abondamment. Elle a des vertiges et des tintements d'oreilles.

Examen clinique. — Le corps utérin volumineux atteint la hauteur de l'ombilic, il est très irrégulier et bosselé. On sent dans le vagin une masse arrondie, pédiculisée, polype fibreux complètement sorti de l'utérus et situé dans le vagin. Ce polype est en voie de sphacèle.

Intervention. — Le 29 janvier. Extirpation par voie vaginale de ce polype sphacélé. Mais la malade, le treizième jour succombe à des phénomènes infectieux.

Fibromes sous-péritonéaux.

Les fibromes sous-péritonéaux pédiculés sont traités par l'excision de leur pédicule. Cette opération d'une technique très simple, ne laisse le pas à l'hystérectomie que si la conservation de l'utérus est impossible du fait de la présence dans l'utérus, d'autres fibromes contre-indiquant le procédé conservateur. Les fibromes sous-péritonéaux pédiculés, existant seuls, sans coexistence d'autres variétés de fibromes sont assez aisément diagnostiqués par la palpation abdominale combinée au toucher vaginal, pour qu'il soit, le plus souvent, inutile de pratiquer le toucher intra-utérin. Au cas, seulement, où le diagnostic hésiterait entre fibrome sous-séreux pédiculé et tumeur annexielle, en particulier kyste dermoïde, le toucher intra-utérin sera utile pour déterminer les rapports existant entre la tumeur perçue et le corps utérin.

Les fibromes sous-péritonéaux sessiles sont justiciables de l'opération de Martin ou myomectomie par voie abdominale. Mais il est nécessaire, nous semble-t-il, avant tout essai de myomectomie par cette voie de ne pas se contenter des notions insuffisantes, fournies par le procédé ordinaire d'exploration et de recourir au toucher intra-utérin, qui seul peut, en appréciant l'épaisseur de la paroi utérine, différencier ces myomes sessiles sous-séreux des myomes interstitiels qui pourraient, au contraire, nécessiter la myomectomie par voie vaginale.

Enfin, il est une variété de fibromes sous-séreux qui seront avantageusement diagnostiqués, avec précision, par le procédé d'exploration utérine combinée au toucher

rectal. Ce sont les myomes de la paroi postérieure de l'utérus. Le doigt introduit dans le rectum, faisant opposition au doigt utérin, détermine exactement à quelle hauteur de la paroi postérieure de l'utérus se trouvent situées ces tumeurs. La connaissance exacte du niveau de leur implantation sur la paroi utérine dicte le choix du procédé. Les fibromes bas situés seront énucléés par le procédé de colpotomie postérieure mis en usage par Czerny et Dmitri de Ott; l'extirpation de ces fibromes, s'ils sont bas situés, ne nécessite pas, en effet, l'ouverture du cul-de-sac péritonéal.

L'énucléation vaginale des fibrômes haut situés, outre quelle est difficile malgré les tractions tendant à abaisser l'utérus, a le désavantage d'ouvrir le péritoine; la myomectomie, par voie abdominale, doit lui être préférée.

Quant aux fibromes de la paroi antérieure de l'utérus et qui pourraient, à condition d'être bas situés, être traités par énucléation vaginale après colpotomie antérieure, nous ne pensons pas qu'ils puissent être avantageusement explorés par le toucher vésico-utérin, qui ne peut être qu'un procédé d'exception, du fait des chances d'incontinence d'urine consécutive aux lésions du sphincter vésical.

Indications fournies par le toucher intra-utérin relatives au choix et à l'application d'un traitement palliatif.

Les indications fournies par le toucher intra-utérin que nous avons étudiées au chapitre précédent sont relatives au traitement opératoire dirigé directement contre les fibromes eux-mêmes.

Le toucher dans la cavité utérine n'est pas moins utile dans le cas où, s'abstenant d'un traitement radical, on cherche seulement à supprimer les symptômes des fibromes par un traitement modificateur de la muqueuse utérine. Nous envisagerons le toucher intra-utérin au point de vue des indications qu'il fournit pour le curettage et la cautérisation.

Le traitement palliatif modificateur de la muqueuse vise la suppression des métrorragies due à la congestion et à l'inflammation de l'endométrium habituelles dans l'utérus fibromateux. Il est basé sur ce principe qu'un fibrome rétrocede souvent après la ménopause. Si donc, on se trouve en présence d'une femme atteinte de fibrome assez voisine de la ménopause et n'accusant d'autres symptômes que des métrorragies persistantes, on peut se contenter d'un traitement symptomatique; la ménopause fera le reste en amenant l'atrophie du fibrome. Telles sont les indications, indications tirées des signes fonctionnels et de l'évolution de la tumeur, sur lesquelles on peut baser le traitement palliatif des fibromes.

Le curettage et la cautérisation agissent de la même façon; mais ils n'ont pas à être pratiqués indifféremment. *C'est la connaissance précise de la forme et des dimensions de la cavité utérine qui dicte le choix entre les deux procédés.*

C'est pourquoi le toucher intra-utérin est toujours nécessaire pour faire un traitement palliatif rationnel, utile et inoffensif.

Curettage. — Répétons encore que tout curettage doit être précédé de dilatation et de toucher intra-utérin.

Comme le dit Sænger : « Pas de curettage sans exploration. » Il faut, pour que le curettage soit indiqué, que la cavité utérine ne soit pas déformée; il faut, en effet, que la curette puisse être proménée dans tous les points de la cavité. La cavité peut être agrandie, allongée, mais il faut qu'elle soit relativement droite.

Si le toucher intra-utérin est nécessaire avant le curettage, il l'est encore après. La curette a pu créer une perforation de la paroi utérine à laquelle il faut remédier sans tarder par l'hystérectomie vaginale. Elle a pu ouvrir la loge d'un fibrome qu'il faudra alors essayer d'enucléer plutôt, que de le laisser s'éliminer en favorisant l'infection.

Cautérisation. — Nécessité également absolue de la dilatation et du toucher intra-utérin préliminaires. Il ne faut jamais cautériser une cavité utérine dont la forme est inconnue. L'agrandissement de la cavité est une contre-indication. En effet, les crayons de chlorure de zinc de volume moyen sont insuffisants dans ces conditions, car ils ne peuvent, en diffusant, couvrir toute la muqueuse. D'autre part, un crayon plus volumineux produit une cautérisation trop énergique et dangereuse. Elle peut produire une atrésie du canal utérin et la dysménorrhée extrêmement douloureuse qui en résulte. C'est ainsi que Pichevin dut extirper l'utérus à cause d'accidents graves dysménorrhéiques survenus consécutivement à l'emploi du crayon de chlorure de zinc. Budin a vu, à la suite d'une cautérisation de cette nature, une atrophie utérine telle que la matrice avait tout au plus le volume du bout de l'index.

La cautérisation trop énergique peut amener l'expulsion en bloc de toute la muqueuse utérine

Rueder a observé à la suite d'une cautérisation suivant la méthode de Dumontpallier, l'expulsion d'un cylindre épais de plusieurs millimètres, comprenant la muqueuse et une grande partie de la musculieuse (Rueder in *Münchener med. Wochenschrift*, 1894, n° 9).

Neuf jours après une application du caustique, Pfannenstiël observa l'élimination d'un séquestre du volume et de la forme d'un utérus sénile. L'aménorrhée dura trois mois. Puis se forma un hématomètre qui imposa l'extirpation totale de l'utérus. (Pfannenstiël. Congrès de Francfort-sur-le-Mein, 1896, ref. in *Centralblatt für Gynäkologie*, 1896, n° 41).

La destruction de la muqueuse et d'une partie de la musculieuse peut encore produire des accidents d'infection grave. Elle peut ouvrir la loge d'un fibrome qui se sphacèle, alors en donnant des complications septicémiques. Elle peut produire l'inflammation du périmétrium, du Douglas et des ligaments larges.

En faisant quelquefois découvrir dans la cavité interne un polype, le toucher intra-utérin fournit une contre-indication absolue de la cautérisation. Un polype doit être excisé et jamais cautérisé, car l'action caustique portant sur ce tissu peu vasculaire et facile à infecter peut entraîner tous les accidents consécutifs à la gangrène des polypes.

Les accidents que nous signalions plus haut ne doivent pas faire condamner la méthode de Dumontpallier, qui dans certains cas est excellente et peut rendre d'immenses services. Ces accidents sont évités si l'on a soin

de protéger de l'action caustique la cavité cervicale et si l'on fait du toucher intra-utérin un véritable temps préliminaire. C'est lui qui permet de proportionner la quantité du caustique employé aux dimensions de la cavité utérine et c'est lui qui dans certains cas fait préférer à la cautérisation le curettage ou l'hystérectomie elle-même.

Nous relatons ici une observation, prise récemment dans le service de M. le professeur Auguste Pollosson, parce qu'elle nous semble bien démontrer quels avantages on a pu tirer du toucher intra-utérin préliminaire pour la discussion des indications thérapeutiques.

OBSERVATION XI

(Clinique gynécologique. M. le professeur Auguste Pollosson)

Ménorragies. — Utérus modérément augmenté de volume. Dilatation et toucher intra-utérin. — Fibrome interstitiel de la paroi antérieure et fibrome interstitiel siégeant dans le bord droit de l'utérus. — Crayon de chlorure de zinc.

Marie O..., 50 ans, ménagère, entre le 18 décembre 1903, à la salle Sainte-Thérèse, pour des ménorragies.

Antécédents. — Mariée, a eu 4 accouchements normaux, le dernier il y a 21 ans.

Réglée antérieurement d'une façon régulière. Depuis quatre ans tous les 6 ou 8 mois, la malade a des ménorragies abondantes durant 10 à 15 jours. Les règles sont normales dans l'intervalle.

Les ménorragies en septembre et octobre derniers ont été particulièrement abondantes.

Examen clinique. — L'utérus est modérément augmenté de volume. Son fond dépasse de 2 travers de doigt le bord supérieur de la symphyse. La forme générale de l'utérus est allongée sans bosselures bien nettes. La forme antérieure paraît seulement épaissie.

Hystérométrie : 8^{cm} de cavité.

Le col n'est pas ouvert.

Intervention. — Le 21 décembre, M. le professeur Auguste Pollosson place une tige de laminaire petite.

Le 22, la dilatation se trouve suffisante pour permettre l'introduction complète de l'index. On sent dans l'épaisseur de la paroi antérieure un petit fibrome, de la grosseur d'une petite amande, faisant faiblement saillie dans la cavité et un autre fibrome de même dimension, également interstitiel, faisant aussi très peu saillie dans la cavité et situé dans le bord droit de l'utérus.

Etant donné l'âge de la malade, le faible volume des tumeurs et le peu de gravité des symptômes qui consistent seulement en hémorragies, le traitement palliatif et les caustiques semblent indiqué. Les fibromes bombant très peu dans la cavité, on ne craint pas que l'action du caustique ouvre leurs loges. En conséquence on place un crayon de chlorure de zinc et après lui un tampon de coton dans le col.

CONCLUSIONS

Le toucher intra-utérin n'est pas un procédé nouveau. Mais appliqué couramment au diagnostic des affections hémorragiques de l'utérus, il nous semble trop rarement pratiqué dans le cas de fibromes.

Il est le seul procédé d'investigation qui puisse donner des renseignements précis sur la cavité utérine et sur l'épaisseur de la paroi.

Donnant au chirurgien une idée plus complète de la valeur anatomique de l'utérus fibromateux, il permet un choix plus raisonné entre les procédés mutilants et les procédés conservateurs. Permettant un diagnostic plus précis des différentes variétés de fibromes, il fournit des éléments utiles pour la discussion du choix du procédé le plus convenable de myomectomie et de la voie d'accès.

C'est une manœuvre innocente à condition qu'elle soit faite avec prudence et asepsie. Chaque fois qu'on le pourra, il y aura avantage à préparer le toucher intra-utérin par la dilatation aux tiges de laminaires.

Le toucher intra-utérin ne peut être évidemment appliqué dans tous les cas de fibromes. Il nous paraît surtout indiqué dans le cas d'utérus fibromateux de volume modérément augmenté et de forme peu altérée, car c'est dans ce cas qu'il est utile et possible.

Le toucher intra-utérin a une grande importance dans

les cas où on a à instituer un traitement palliatif. Si le curettage doit être fait, surtout chez les femmes au-dessous de 35 ans, et la cautérisation chez les femmes plus âgées, le choix entre ces deux procédés doit encore être basé sur les indications fournies par la connaissance exacte de la forme et des dimensions de la cavité utérine. Le toucher intra-utérin doit être un temps préliminaire du curettage et de la cautérisation.

VU :

Le Président de la Thèse

M. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 21 décembre 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ABULADSE. — Zur Frage der conservativen Operations.
Methode bei interstitiellen und submucæsen Fibromyomen des Uterus Mittels Laparatomie, *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Berlin, 1902.
- BOIFFIN. — Les tumeurs fibreuses de l'utérus. *Collection Debove et Achard*, 1893.
- BOURSIER. — Des indications opératoires dans les fibromes utérins. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1902, xxxii, page 119 à 122.
- CLAISSE. — Recherches sur le développement des fibromes. *Th. Paris*, 1900.
- COGREL F. — L'hystéroskopie. *Th. Paris*, 1896.
- CONDAMIN R. — Du traitement de certains fibromes utérins par les crayons de chlorure de zinc. *Lyon médical*, 1893.
- DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. *Th. Paris*, 1901.
- DENIS (J.-B.) — Du toucher intra-utérin dans l'avortement et comme moyen de diagnostic de la cause des métrorragies. *Lyon*, 1896.
- DOLÉRIS. — Enucléation des fibromes utérins par la voie vaginale. Reproduction de nouvelles tumeurs. *La gynécologie*, Paris, 1900, page 481.
- DOLÉRIS et PICHEVIN. — *Introduction à la pratique gynécologique*, 1896.
- DUPLAY (S.). — *Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie*, 1890.

- DURET (H.). — Quelques modes opératoires particuliers dans le cas de fibromes utérins. Morcellement. *Semaine gynécologique*, Paris, 1901.
- EMMET. — La pratique des maladies des femmes. Traduit par Ad. OLIVIER, 1887.
- FEIS (Oswald). — Thérapeutique intra-utérine. *Annales de gynécologie*, 1900.
- GANNAT (J.). — De l'hystérotomie médiane antérieure vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et d'exploration de la cavité utérine. *Th. Paris*, 1897.
- HERBÉCOURT (d'). — La voie vaginale sans hystérectomie. *Th. Paris*, 1900).
- LABADIE-LEGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1898.
- LAWSON-TAIT. — *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduit par A. BÉTRIX, 1901.
- LEGUEU. — Enucléation abdominale des myomes. *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris, 1902. V. 395-440).
- LOUBET (L.). — Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins. *Th. Paris*, 1902.
- MARTIN (A.). — Traitement conservateur des fibromes. *Annales de gynécologie*, Paris, 1900.
- OTT. — Interventions chirurgicales et myomectomies conservatrices. *Annales de gynécologie*, Paris, 1900.
- PICHEVIN. — Opérations conservatrices. *Semaine gynécologique*, Paris, 1900.
- PICHEVIN. — Du traitement des fibromes. *Semaine gynécologique*, Paris, 1901.
- PICHEVIN. — Chirurgie conservatrice des fibromyomes utérins. *Semaine gynécologique*, Paris, 1902.
- PLUYETTE. — Thérapeutique des fibromyomes utérins. *La gynécologie*, Paris, 1902.

- POZZI. — *Traité de gynécologie*. 1897, 3^e édition.
- REPELIN (E.). — *Traitement de certains fibromes utérins par les crayons au chlorure de zinc*. Th. de Lyon, 1893.
- RICARD. — *Traitement des fibromes utérins*. *Gazette des Hôpitaux*, 1898.
- SÆNGER. — Ueber Erweiterung und Austastung des Uterus als Vorakt der Behandlung. *Centralblatt für Gynækologie*, 1898, n^o 7.
- SECHEYRON. — De l'hystérotomie vaginale; étude sur le traitement chirurgical des fibromes et des kystes de l'utérus par voie vaginale. *Th. Paris*, 1888.
- SEGOND. — De l'hystérotomie cervico-vaginale dans le morcellement des fibromes du corps utérin. *Annales de gynécologie*, Paris, 1900.
- SCHROEDER. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, traduit par LAUWERS et HERTOGHE, 1884.
- TÉMOIN. — Opérations conservatrices; myomectomie. *Annales de gynécologie*, Paris, 1900.
- TÉMOIN. — Traitement des fibromes par la méthode d'enucléation. Conservation de l'utérus. *XIII^e Congrès international de médecine (section de gynécologie)*, 1901.
- TUFFIER. — Extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes. *XIII^e Congrès international de médecine (section de gynécologie)*, 1901.
- VULLIET. — Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes utérins intra-pariétaux de petites et de moyennes dimensions. *Archives de tocologie*, février 1885, page 336.
- VULLIET. — Nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice. Communication à la Société de médecine de Genève, 1886, analysé dans les *Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.

VULLIET. — De la dilatation de l'utérus par le procédé des obturations progressives. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1887.

ZWIMPEL. — Berichte aus Gynækol-Gesellschaften und Krankenhäusern. *Gesellschaft f. Geburtsh.* (Séance du 21 juin 1897), Leipzig.

